

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РЫНКОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ И ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2010 Д.М. Кучерявенко*

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское страхование, финансирование, реформы здравоохранения, бюджет, добровольное медицинское страхование.

Рассматриваются вопросы повышения качества управления рынком медицинского страхования, взаимодействия государства и частного бизнеса в вопросах развития рынка медицинских услуг, реформы системы финансирования здравоохранения.

Современная система здравоохранения, сложившаяся в Российской Федерации за последние 15 лет, в настоящее время претерпевает существенную трансформацию. Во-первых, это связано с постоянно увеличивающимся финансированием отрасли как в абсолютных цифрах, так и в процентах от ВВП. Во-вторых, современный финансовый кризис заставляет государство и правительство трансформировать национальные модели здравоохранения на фоне, с одной стороны, резко увеличенного продолжительности жизни в развитых странах, а с другой - ухудшения демографической ситуации. И одним из путей решения данной проблемы является повышение качества управления рынком медицинского страхования.

Социальные расходы государства в разных странах определяются под воздействием исторических, политических, экономических, социальных и иных факторов. В странах с рыночной экономикой основным источником воспроизводства рабочей силы являются затраты работодателей и социальные расходы государства не имеют существенного значения для обеспечения воспроизводства рабочей силы.

Расходы на медицинскую помощь имеют непосредственное отношение к обеспечению воспроизводства рабочей силы и должны, по нашему мнению, учитываться в составе этих затрат. При социализме между вкладом работника или коллектива предприятия в государственный "общий котел" и получаемыми ими из фондов благами практически не было связи. Они принимали форму бесплатности, хотя на самом деле происходило лишь про-

извольно-административное перераспределение значительной части создаваемого работниками необходимого продукта. В демократических странах изменение механизма возмещение затрат на рабочую силу происходило в результате взаимодействия работодателей, работников и государства, как представителя всех слоев населения, которое возникло в результате длительной борьбы наемных работников за свои экономические права. Со временем работодатели вынуждены были кроме выплаты заработной платы, включать в затраты на рабочую силу и средства на содержание работников в случае постоянной (по старости, инвалидности) или временной (по болезни) потери трудоспособности, а также при потере работы, расходы на медицинское обслуживание работников и другие социальные цели. В результате появились отчисления на пенсионное обеспечение, социальное страхование и другие расходы и величина взносов непосредственно связана с количеством и качеством труда работника и размером соответствующих индивидуальных доходов, то есть часть заработной платы превращается для работника в страховой фонд на случай потери трудоспособности. Итак, основным источником обеспечения воспроизводства рабочей силы в странах с рыночной экономикой являются соответствующие затраты работодателей.

Средства, социализируемые в госбюджетах, также являются основой финансирования социальных расходов, однако они по большей части используются на поддержку людей, которые не способны обеспечить свое существование самостоятельно, или на об-

* Кучерявенко Дмитрий Михайлович, соискатель, Самарский государственный экономический университет. E-mail: ksu_63@hotmail.com.

щественно значимые цели, а так как источником доходов госбюджета служат налоги, то это не что иное, как средства работодателей и работников.

Другая практика наблюдается в некоторых странах Западной Европы, где удельный вес затрат на оплату труда в общей сумме затрат работодателей на рабочую силу колеблется от 69 до 95%, а отчисления в социальные фонды от 2 до 29% (максимальный удельный вес затрат на оплату труда в Дании, Нидерландах, Великобритании, минимальный - во Франции, Италии). Но это не означает, что в странах с высоким удельным весом зарплаты не развита система социального страхования, просто отчисления в страховые фонды делаются из начисленной зарплаты. Например, во Франции, наряду с отчислениями работодателей в страховые социальные фонды направляется примерно 18% заработной платы работников.

Государство должно законодательно установить реальные, экономически обоснованные, минимальные уровни затрат работодателей в расчете на одного работника не только на оплату труда, но и на медицинское страхование исходя не из "возможности" работодателей, а из оценки минимально объективных потребностей формирования источников для медицинского обслуживания¹.

Финансирование системы здравоохранения строится на сочетании различных элементов с преобладанием той или иной формы оплаты медицинских услуг на рынке медицинского страхования. Также нужно отметить, что оплата медицинских услуг не включает в себя оплату налогов. Сегодня существует несколько видов форм оплаты медицинских услуг - система возмещения; система прямых контрактов; смешанная система (табл. 1).

Медицинские услуги отчасти приобретаются населением на добровольной основе. Это происходит либо на основе прямой оплаты медицинских услуг, либо через фонды добровольного страхования.

Добровольное медицинское страхование вряд ли когда-либо станет приемлемым для большинства граждан. Хотя тем, кто имеет больше денег и хочет потратить их на заботу о здоровье, должна быть предоставлена такая возможность, значит, система добровольного страхования должна быть на рынке медицинских услуг РФ. Обязательные платежи обычно связаны с доходом, но они не отражают рисков, и пособия не связаны с платежами. В ОМС используется два метода. В Бельгии, Франции, Люксембурге практикуется система возмещения затрат, а в Германии, Нидерландах и в других странах этой группы действует система прямых контрактов (табл. 2).

Таблица 1

Классификация форм оплаты медицинских услуг

Форма	Система возмещения	Система прямых контрактов	Смешанная система
Добровольное финансирование страхования	Швейцария	Швейцария, США	США
Обязательные платежи и налоги	Франция, Бельгия, Люксембург	Франция, Бельгия, Великобритания и Новая Зеландия после реформ, Нидерланды, Германия, Ирландия, Канада, Япония	Великобритания и Новая Зеландия до реформ, Швеция, Испания, Ирландия

Таблица 2

Взносы на обязательное медицинское страхование (на примере некоторых стран), %

Взносы	Система возмещения			Система прямых контрактов	
	Бельгия	Франция	Люксембург	Германия	Нидерланды
Отчисления работников с дохода	4,7	6,8	4,5	6,7	9,95
Отчисления работодателей из ФЗП	6,2	12,8	4,5	6,7	10,2
Итого	10,9	19,6	9,0	13,4	20,15
Собственное участие пациентов в медицинских затратах	Оплачиваются содержание в больнице, медикаменты			Не предусмотрено	

Система возмещения представляет собой форму, при которой все расходы вначале полностью покрывают сами пациенты, затем они полностью или частично компенсируются в соответствии с тарифами.

В настоящее время мировая практика демонстрирует три возможных варианта финансирования системы медицинского обслуживания населения:

- ◆ введение единого социального обеспечения (Великобритания, Испания);
- ◆ формирование обособленных фондов медицинского страхования (Россия, Германия, Нидерланды);
- ◆ финансирование здравоохранения из налоговых поступлений в бюджет без введения специального налога (Дания, Бельгия, Канада).

Добровольное медицинское страхование (ДМС) - весомое дополнение к системам государственного здравоохранения или обязательного медицинского страхования. Основной целью ДМС является компенсация застрахованным гражданам финансовых расходов и потерь, связанных с болезнью или травмой, которые не покрываются государственной или обязательной страховой медициной.

Одной из составляющих реформы здравоохранения является изменение принципа финансирования, поиск новых внебюджетных источников возмещения затрат на охрану здоровья граждан, что возможно через страховую медицину.

Финансирование медицинского обслуживания населения в большинстве развитых стран, как было отмечено выше, осуществляется на основе медицинского страхования. Из госбюджета при этом финансируется лишь часть расходов и обслуживание некоторых категорий граждан, не имеющих страховку. В других странах, финансирование здравоохранения осуществляется из госбюджета. При переходе к рыночным отношениям в некоторых странах были созданы фонды медицинского страхования. Сложность внедрения страховой медицины заключается в разработке целей системы оценки стоимости услуг медицинских учреждений, контроля за их качеством и т.д. Тем не менее, умелое использование опыта зарубежных стран может позитивно повлиять на развитие отечественного рынка медицинских услуг. Граждане РФ

подлежали обязательному медицинскому страхованию. При наличии страхового полиса они имеют право на получение медицинской помощи, право на выбор лечебного учреждения, лечащего врача и любого специалиста независимо от места проживания.

В базовую программу ОМС в части амбулаторно-поликлинической помощи входили диагностика, лечение и консультация врачей. Расходы медицинских организаций определялись на основе тарифов на медицинские услуги, которые утверждались местными исполнительными органами. В гарантированный объем оказания медицинских услуг входили: служба скорой помощи, оказание неотложной и экстренной медицинской помощи, финансируемые через органы здравоохранения из госбюджета. Детям, пенсионерам, беременным женщинам, безработным, инвалидам и участникам ВОВ, а также студентам медицинская помощь оказывалась бесплатно.

Размер отчислений предприятий в ФОМС составлял 26% от ФЗП и включался в себестоимость продукции, работ (услуг)². В случае, если работник не использовал страховой полис, деньги застрахованному не возвращались. Финансовые средства поступали в ФОМС из двух основных источников:

- ◆ отчисления работодателей, зависящие от размера заработной платы работника, т.е. работодатель финансировал работающую часть населения.
- ◆ государство оплачивало медицинские услуги за неработающую категорию граждан, т.е. платежи из местных органов управления, которые осуществляли финансирование страхования пенсионеров, детей, инвалидов и безработных, зарегистрированных на бирже труда.

На практике фонд столкнулся с рядом проблем. Главная из них - дефицит его бюджета, связанный с недопоступлениями средств со стороны страхователей и местных бюджетов. В силу многих причин, среди которых спад производства, банкротства многих предприятий, и, как следствие увеличение безработных, отсутствие механизма взимания со счетов предприятий и организаций причитающихся к уплате страховых взносов, возникла кредиторская задолженность в фонде и он потерпел фиаско. Такие непродуманные действия, как безадресность страховых

платежей, бесконтрольность поступающих денежных средств на счет Фонда, и возможность оставлять на собственных счетах ФОМСа 20% от собранных средств, которые именовались “централизованным запасом”, разрешение вкладывать средства фонда в предпринимательскую деятельность, не связанную с медицинской, закрытость фонда, непрозрачность его деятельности, полное отсутствие конкурентной среды, т.е. отсутствие альтернативных частных фондов медицинского страхования, привели, как известно, к хищению государственных средств и ликвидации ФОМСа.

Страховые компании будут участвовать в совершенствовании материальной базы клиник, выделять средства на закупку оборудования, медикаментов, кроватей и другого, отдачей же от этих вложений должно быть высокое качество лечения для застрахованных граждан. Учитывая ошибки ФОМС, страховые компании не имеют права использовать средства для осуществления инвестиционной деятельности, хотя, при удачном раскладе, при выгодно размещенных средствах на финансовом рынке это прибыльное направление, но оно противоречит нынешнему состоянию медицины.

Система ОМС не должна быть монополизирована, как это произошло с ФОМС. Нельзя замыкать систему медицинского страхования только на государственных субъек-

тах, централизации всего страхового дела в одних руках. Необходима конкурентная среда на страховом рынке. На РМУ будут работать как государственные страховые компании, так и компании частной формы собственности, что будет способствовать развитию конкуренции между ними, свободе выбора страховщика и в итоге повышению объема и качества медицинской помощи. Гражданин вправе выбрать любую из компаний, а если его что-то не устраивает, то он один раз в год сможет сменить страховую компанию. Учитывая негативный опыт прежнего ФОМС, в новой системе ОМС предлагается очень простая и прозрачная схема потока денег.

Таким образом, создавая условия для оптимального присутствия на рынке медицинских услуг ОМС и ДМС, государство формирует в их лице надежного партнера в решении проблем здравоохранения в переходной экономике и в достижении конечной цели - улучшения здоровья граждан как предпосылки их нормальной жизнедеятельности.

¹ *Аюшеев А.Д., Баженов А.М.* Об актуальных вопросах финансирования здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2005. № 9. С. 31-38.

² *Экономика и управление здравоохранением: учеб. пособие / Л.Ю. Трушкина [и др.].* Ростов н/Д, 2003. С. 133.

Поступила в редакцию 26.04.2010 г.